



## ACTUALIZACIONES TEMÁTICAS GRUPOS DE TRABAJO DEL PAPPS

### RESUMEN PAPPS Infancia y Adolescencia 2020



Olga Cortés Rico\*, Ana Gallego Iborra, Jaime García Aguado, Carmen Rosa Pallás Alonso, Álvaro Rando Diego, M. José San Miguel Muñoz, Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello, Julia Colomer Revuelta, M. Jesús Esparza Olcina, José Galbe Sánchez-Ventura, José M. Mengual Gil y Grupo de la Infancia y Adolescencia del PAPPS

Centro de Salud Delicias Sur, Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España

#### PALABRAS CLAVE

Infancia;  
Prevención;  
Atención primaria

**Resumen** En este documento de actualización presentamos cuatro temas trascendentes para la infancia y la adolescencia en nuestra actividad de atención primaria: el apoyo a la lactancia materna, la promoción de la actividad física, la prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico y el cribado de depresión mayor.

© 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### KEYWORDS

Childhood;  
Prevention;  
Primary Care

#### Childhood and adolescence PAPPS summary 2020

**Abstract** Four important topics about children and adolescents in our Primary Care activity are presented in this update document: support for breastfeeding, promotion of physical activity, prevention of child injuries due to traffic accidents, and screening for major depression

© 2020 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Entre enero de 2018 y diciembre de 2020 se han actualizado:

1. Apoyo a la lactancia materna en atención primaria
2. Promoción de la actividad física
3. Prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico
4. Cribado de depresión mayor

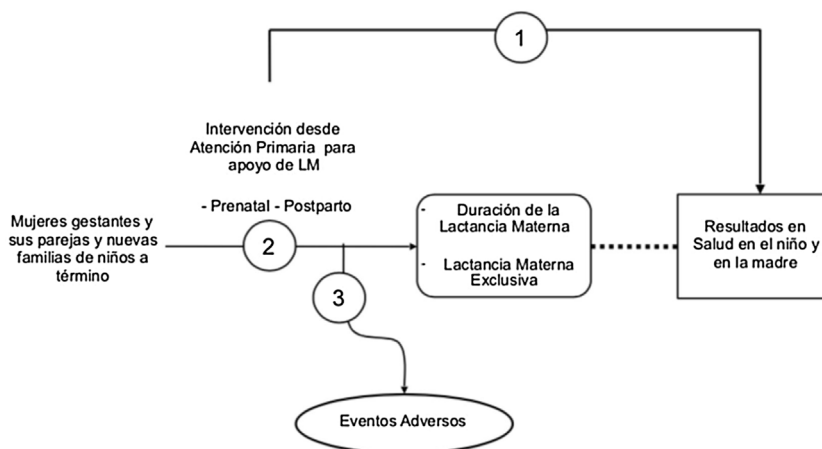
## Apoyo a la lactancia materna en atención primaria

La leche materna se reconoce como el alimento idóneo para todos los niños por sus probados beneficios en la salud de la madre y del niño. La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> y otras organizaciones recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la vida y, al menos hasta los 2 años, complementada con otros alimentos. Esta recomendación se extiende a los recién nacidos enfermos y prematuros, salvo raras excepciones.

Recientemente se ha referido que las pruebas sobre el efecto protector de la lactancia materna en la salud

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cortesrolga@gmail.com](mailto:cortesrolga@gmail.com) (O. Cortés Rico).



**Figura 1** Marco analítico. Apoyo a la lactancia materna en atención primaria.  
Fuente: Adaptado con autorización del USPSTF.

del niño y de la madre son muy robustas en relación con 14 enfermedades: 9 infantiles (leucemia linfocítica aguda, otitis media aguda, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, infección gastrointestinal, infección respiratoria con hospitalización, obesidad, enterocolitis necrosante y síndrome de muerte súbita infantil) y 5 maternas (cáncer de mama, cáncer ovárico premenopáusico, hipertensión, diabetes tipo 2 e infarto de miocardio).

Si en Estados Unidos se cumpliera la recomendación de la OMS sobre la duración de la lactancia materna se evitarían cada año, en base a estas 14 enfermedades mencionadas, 3.340 muertes (2.619 de mujeres y 721 de niños), y además se podrían ahorrar anualmente unos 14.200 millones de dólares.

Por tanto, dados los importantes beneficios en salud para la población general y también en el ámbito económico, parece que el apoyo a la lactancia materna debería ser una prioridad para todos los profesionales sanitarios.

## Formulación de las preguntas

Las tres preguntas en relación con el apoyo de la lactancia en atención primaria (AP) se han formulado basándose en el marco analítico que se muestra en la [figura 1](#).

1. Las intervenciones para apoyar la lactancia materna en AP ¿generan algún beneficio en salud en los niños y en las madres?
2. a) Las intervenciones para apoyar la lactancia materna en AP ¿tienen un efecto positivo en la tasa de lactancia, en su duración o en que se mantenga de forma exclusiva? b) ¿Qué intervenciones concretas se pueden plantear los profesionales de AP para apoyar la lactancia materna?
3. Las intervenciones de apoyo a la lactancia materna desde AP ¿producen algún efecto adverso?

## Análisis del beneficio neto

Se dispone de limitada información sobre el beneficio en salud del apoyo a la lactancia materna desde AP<sup>2</sup> y de los

posibles efectos adversos. Sin embargo, está bien establecido el beneficio en salud de la lactancia materna.

Por otro lado, numerosos estudios y metaanálisis sí han valorado el efecto del apoyo a la lactancia en AP sobre la tasa de lactancia materna y su duración<sup>3</sup>. De forma consistente, estos estudios muestran un efecto favorable de las estrategias de apoyo a la lactancia materna en AP, más evidente para la lactancia materna exclusiva que para cualquier lactancia materna<sup>4</sup>.

Los efectos adversos que se refieren en relación con el apoyo de la lactancia materna en AP son limitados y se podrían evitar mejorando las habilidades de comunicación de los profesionales implicados.

Valorando en conjunto todos estos aspectos, se puede afirmar que el apoyo a la lactancia materna desde AP conseguirá prolongar la lactancia materna con un riesgo pequeño de efectos adversos en la madre, referidos, sobre todo, al hecho de sentirse presionada o no respetada en sus decisiones.

## Recomendaciones PrevInfad

Dado que el apoyo a la lactancia materna desde AP, considerando todas las intervenciones de forma conjunta, tiene un efecto favorable y consistente, con un riesgo de efectos adversos mínimo y que precisa una disponibilidad de recursos asumibles, se hacen las pertinentes recomendaciones ([tabla 1](#)).

En cuanto a las prácticas concretas que puedan implantarse en AP y de las que se pueda esperar un resultado positivo en cuanto a la lactancia materna, se pueden utilizar dos estrategias diferentes, aunque ambas tienen muchos puntos en común:

- Estrategia de apoyo a la lactancia materna propuesta por la Academia Americana de Pediatría: «Breastfeeding friendly pediatric office practice»<sup>5</sup> ([tabla 2](#)).
- Estrategia de «Los 7 pasos de apoyo a la lactancia materna en centro de salud IHAN»<sup>6</sup> ([tabla 3](#)).

**Tabla 1** Apoyo a la lactancia materna en atención primaria

Recomendación	Grado de recomendación
• Se recomienda implantar medidas de apoyo a la lactancia materna en AP para prolongar la lactancia materna	Fuerte a favor
• En los centros de salud se sugiere implantar las prácticas recomendadas por la Academia Americana de Pediatría o los 7 pasos de la IHAN para prolongar la lactancia materna	Débil a favor
• En los centros de salud se sugiere formar a los médicos en lactancia materna, implicar a enfermeras consultoras en lactancia o favorecer el apoyo entre pares para prolongar la lactancia materna	Débil a favor

Fuente: Pallás Alonso C, Soriano Faura J, y grupo PrevInfad. Apoyo a la lactancia materna en atención primaria. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado octubre de 2018.

**Tabla 2** Breastfeeding Supportive Office Practices

Práctica	Paso de la IHAN relacionado
1. Tener una política escrita sobre lactancia materna	Paso 1
2. Formar a los profesionales en habilidades de apoyo a la lactancia materna	Paso 2
3. Hablar sobre la lactancia materna en cada una de las consultas prenatales y en todas las consultas del niño	Paso 3
4. Animar a la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida	Paso 5
5. Proporcionar de forma anticipada una guía de apoyo a la lactancia para que esta pueda mantenerse tanto tiempo como se desee	Paso 5
6. Incorporar la observación de una toma en la rutina habitual	Paso 4
7. Formar a las madres en cómo extraerse la leche y en cómo pueden planificar la vuelta al trabajo	Paso 5
8. Proporcionar a los padres recursos no comerciales para su formación en lactancia materna	Código internacional de comercialización de sucedáneos
9. Animar a que los niños se amamenten en la sala de espera pero disponer un espacio más íntimo por si se solicita	Paso 6
10. Eliminar la distribución de muestras de fórmula infantil	Código internacional de comercialización de sucedáneos
11. Formar a los profesionales para detectar de forma telefónica los problemas de lactancia	Paso 2
12. Colaborar con el hospital local y con obstetricia para proporcionar un apoyo a la lactancia amigable	Paso 2
13. Aliarse con otros recursos de apoyo a la lactancia de la comunidad	Paso 7
14. Evaluar periódicamente las tasas de lactancia	Monitorización de los indicadores de lactancia

## Promoción de la actividad física

La OMS estima que 1,9 millones de muertes en todo el mundo son atribuibles a la inactividad física y al menos 2,6 millones de muertes son el resultado del sobrepeso o la obesidad. Además, estima que la inactividad física causa del 10 al 16% de los casos de cáncer de mama, de colon y de recto, así

como un incremento en el número de casos de diabetes tipo 2 y de enfermedad coronaria.

En 2016 la OMS subraya que la prevención mediante la promoción de la actividad física (AF) y una dieta saludable debería ser competencia fundamental de AP<sup>7</sup>. Asimismo recomienda practicar un mínimo de 150 min de AF moderada a la semana o 75 min semanales de AF intensa en adultos, además de actividades de fortalecimiento muscular al

**Tabla 3** Los 7 pasos de apoyo a la lactancia materna en centro de salud IHAN

Paso 1	Disponer de una Normativa de lactancia materna
Paso 2	Tener un Plan de Formación para el personal que les capacite para poner en práctica la Normativa de lactancia materna
Paso 3	Ofrecer información a todas las mujeres embarazadas y sus familias sobre el amamantamiento y la mejor manera de ponerlo en práctica
Paso 4	Ofrecer apoyo a la madre que amamanta desde el inicio, y en coordinación con el hospital recibir al recién nacido en las primeras 48-72 h tras el alta de la maternidad
Paso 5	Apoyar a las madres para mantener la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses (o 26 semanas) y continuar amamantando, con alimentación complementaria adecuada, a partir de entonces hasta los 2 años o más
Paso 6	Proporcionar una atmósfera de acogida a la lactancia
Paso 7	Fomentar la colaboración entre los profesionales sanitarios y la comunidad a través de talleres de lactancia y el contacto con los grupos de apoyo locales

*El Centro de Salud IHAN, además de cumplir los 7 pasos:*

- Respetar el Código internacional de comercialización de sucedáneos y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) relacionadas con el mismo
- Promueve y difunde las prácticas relacionadas con la Estrategia del Parto Normal
- Ofrece apoyo y orientación de la máxima calidad también a las madres que no amamantan

menos 2 días a la semana. También aconseja que los niños de 5 a 17 años realicen al menos una hora de AF diaria moderada o intensa.

Las recomendaciones nacionales sobre la promoción de la AF y la reducción del sedentarismo coinciden con las existentes a nivel internacional, aunque adaptadas a la realidad poblacional de nuestro entorno<sup>8</sup>.

### Formulación de las preguntas

Las preguntas en relación con la AF se han formulado basándose en el marco analítico que se muestra en la [figura 2](#).

1. La AF adecuada ¿mejora los beneficios en salud o reduce la morbimortalidad?
2. ¿Cuál es la relación entre AF adecuada y beneficios en salud?
3. El aumento de la AF ¿origina otros beneficios?
4. ¿Cuáles son los daños potenciales del aumento de la AF?
5. El consejo sobre AF ¿aumenta los niveles de AF en la infancia?
6. El consejo sobre AF ¿ocasiona mejoras en salud o reduce morbimortalidad?
7. El consejo sobre AF ¿tiene efectos adversos?

### Valoración de la evidencia

La mayoría de los datos sobre los beneficios del ejercicio provienen de ensayos de observación y sugieren que el ejercicio regular mejora los parámetros de salud y los resultados de morbimortalidad tanto en adultos como en población infantil.

Además, hay evidencias de alta calidad, basadas en estudios tanto observacionales como experimentales en población infantil, de que la AF disminuye los factores de riesgo cardiovasculares, la adiposidad, y mejora aspectos

del desarrollo psíquico y cognitivo, así como la capacidad aeróbica y el desarrollo osteomuscular.

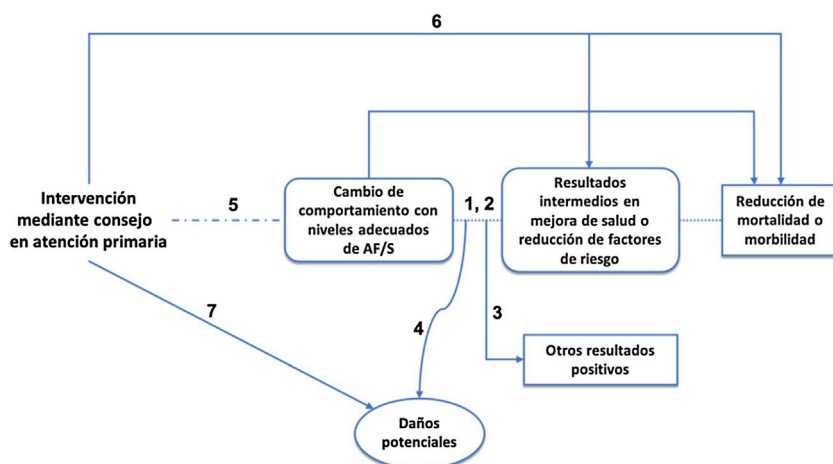
Existe suficiente evidencia en estudios observacionales y en trabajos experimentales que indican que la AF está relacionada positivamente con parámetros de salud cardiorrespiratoria y metabólica en niños y en jóvenes. Al comparar los niños y los jóvenes inactivos con los que hacen ejercicio se observa que los últimos presentan menor grasa corporal y un perfil de riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica más favorable.

Hay numerosos estudios experimentales con metaanálisis y revisiones sistemáticas bien diseñados y amplios que demuestran que las intervenciones sobre la AF modifican la conducta aumentando los niveles de AF y mejorando algunos parámetros de salud<sup>9</sup>. Sin embargo, la magnitud del beneficio en general es escasa y poco consistente, aunque en conjunto la evidencia tiende a mostrar un beneficio neto, sobre todo en intervenciones intensivas y largas<sup>10-13</sup>. No hay estudios que evalúen los beneficios a largo plazo, ni evaluaciones de coste-beneficio.

El nivel de evidencia de las recomendaciones en cuanto a la intensidad de la AF se basa en estudios observacionales (nivel de AF y beneficios para la salud) y experimentales (ejercicio y mejora de parámetros de salud), pero las cantidades y los tiempos concretos son solo opinión de expertos.

Las intervenciones en AP llevadas a cabo para aumentar los niveles de AF o disminuir la conducta sedentaria han sido escasas, de calidad moderada a baja, con resultados poco consistentes y beneficio limitado.

Aunque existen algunos riesgos inherentes a la AF: excepto las lesiones musculoesqueléticas, el resto son poco frecuentes. Además, las personas que no realizan ejercicio son más propensas a presentar lesiones más graves cuando lo realizan. La totalidad de directrices internacionales admiten que los beneficios de la AF tanto en adultos como en población pediátrica son muy superiores a los posibles riesgos, por lo que, en ausencia de una contraindicación para realizar ejercicio, debe recomendarse.



**Figura 2** Marco analítico. Promoción de la actividad física en atención primaria.

Fuente: Adaptado con autorización del USPSTF.

### Recomendaciones de otros grupos

A pesar de que el nivel de evidencia en los primeros años de vida solo se apoya en la opinión de expertos, la AF debe alentarse ya desde el nacimiento por medio de juegos en el suelo o acuáticos. Todos los niños y jóvenes deberían realizar diariamente AF en forma de juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela y las actividades comunitarias.

Según los diferentes grupos de edad, se aconseja una cantidad y una intensidad de AF adecuadas:

- Para los niños preescolares que saben andar se propone estar físicamente activos durante al menos 3 h al día. En estas edades es más importante el tipo de AF que la intensidad, así que se recomiendan al menos 180 min de actividad ligera y enérgica de cualquier intensidad. Se proponen actividades estructuradas y al aire libre, dentro y fuera de casa.
- En escolares mayores de 5 años se aconseja una AF de moderada a intensa al menos una hora al día (incluso repartida en diversos momentos del día). Hay pocos estudios basados en AF ligera, y por tanto no se incluye en las recomendaciones, pero podría ser beneficiosa al disminuir la conducta sedentaria.

El nivel de evidencia de la recomendación en cuanto a la intensidad, distribución diaria y cantidad semanal de AF se hace solo a través de la opinión de expertos, ya que no hay datos concluyentes de duración específica. La recomendación de la cantidad mínima de AF (60 min) se hace en base a estudios que muestran una asociación dosis-respuesta, ya que en general existen evidencias en estudios observacionales y experimentales que demuestran una asociación fuerte entre AF regular y efectos beneficiosos cardiovasculares, del metabolismo de la glucosa, del control del sobrepeso y de la obesidad, de formación osteomuscular, y beneficios psicológicos.

Se recomienda que los médicos de AP utilicen la visita médica para preguntar sobre hábitos de AF e informar

(consejo), aunque falta evidencia sobre la efectividad del consejo asistido para cambiar los comportamientos de los pacientes respecto a la AF.

En el transcurso de las visitas médicas en AP se deberían evaluar la frecuencia, el tipo y la duración de la AF para niños a partir de 3 años. El pediatra debe enseñar a los padres y a los pacientes la importancia de realizar AF regular entre moderada y vigorosa como manera de prevenir las enfermedades de la edad adulta. Los pediatras deberían servir de modelo participando ellos también en AF diaria y trabajando con las escuelas para proporcionar una adecuada educación física.

La adopción de estas recomendaciones tiene un costo mínimo, fundamentalmente si se adapta al entorno de cada país y a sus modalidades de comunicación y difusión. Si se desea aplicar políticas integrales que faciliten la consecución de los niveles de AF adecuados, será necesario dedicar recursos adicionales.

### Recomendaciones PrevInfad

Teniendo en cuenta los beneficios probados en salud de la AF y la ausencia de efectos adversos de las intervenciones en la infancia y la adolescencia, y a pesar de los problemas de aplicabilidad y de la limitada información sobre los resultados del consejo en AP, podemos considerar globalmente que la promoción de la AF desde AP puede tener efectos favorables, y se hacen las pertinentes recomendaciones (tabla 4).

### Prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico

La siniestralidad de tráfico presenta una tendencia descendente global desde 2008 a 2017 (tabla 5), aunque con una estabilización notable y una tendencia global constante al alza en los últimos años.

El mayor número de muertes de menores de entre 0 y 14 años se produjo en niños pasajeros de vehículos: 20 de los 28 niños fallecidos en 2016. De los niños heridos hospitaliza-

**Tabla 4** Promoción de la actividad física

Recomendación	Grado de recomendación
• Se sugiere hacer intervenciones dirigidas a la promoción de la actividad física y disminución del sedentarismo en el entorno escolar y comunitario	Débil a favor
• Se sugiere hacer consejo en AP dirigido a la promoción de la actividad física y disminución del sedentarismo	Débil a favor

Fuente: Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Campos Martínez AM, de la Vega de Carranza M, y grupo PrevInfad. Promoción de la actividad física. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado mayo de 2019.

**Tabla 5** Víctimas mortales por accidentes de tráfico de 2008 a 2017

Grupos de edad	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variación <sup>a</sup> 2017/2016	Variación interanual 2008-2017
0-14	84	60	79	42	52	46	37	25	28	35	7%	-49%
15-24	561	434	363	263	206	163	154	170	198	200	1%	-11%
25-34	644	572	453	333	298	242	211	236	223	293	31%	-8%
35-44	512	490	442	378	350	278	277	271	289	289	0%	-6%
45-54	403	368	346	313	274	250	298	262	311	291	-6%	-4%
55-64	292	256	248	229	200	202	216	210	230	246	7%	-2%
65-74	245	230	240	200	196	200	188	202	198	191	-4%	-3%
75-84	245	201	211	210	236	206	204	229	210	185	-12%	-3%
85 y más	61	70	78	74	75	76	85	74	105	89	-15%	28%
Sin especificar	53	33	18	18	16	17	18	10	18	11	-7%	-42%
Total	3.100	2.714	2.478	2.060	1.903	1.680	1.688	1.689	1.810	1.830	1%	-6%

<sup>a</sup> Las diferencias se han calculado en porcentaje cuando el número de fallecidos es mayor de 100 y en valores absolutos cuando el número es inferior a 100.

Fuente: DGT: Las principales cifras de la siniestralidad vial. España 2017<sup>14</sup>.

dos, la mayor frecuencia se produjo cuando eran peatones (52%), y en segundo lugar como pasajeros (38%).

La prevención de los accidentes de tráfico es un tema de gran trascendencia social y un asunto de primera magnitud en salud pública, dada la morbilidad que ocasiona.

Las acciones preventivas se pueden clasificar en cinco grandes grupos:

1. Medidas legislativas.
2. Mejora en los equipamientos de seguridad de los vehículos y de las infraestructuras viarias en general.
3. Acciones comunitarias que comprenden las campañas extensas en medios de comunicación.
4. Intervenciones en la escuela.
5. Intervenciones sanitarias:
  - Desde los servicios de urgencias hospitalarios.
  - Desde las consultas de los centros de salud de AP.

Respecto a las actividades preventivas en pediatría de AP, la clave es descubrir qué actuaciones pueden disminuir la incidencia y la gravedad de las lesiones por accidentes de tráfico en la infancia.

Los dos primeros grupos de acciones preventivas corresponden a otros estamentos, si bien el pediatra tiene el deber de actuar como consejero y como grupo científico, según afirma la OMS en su documento «*Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*»<sup>15</sup>.

El papel del profesional de AP puede desarrollarse en el propio centro de salud, pero también participando en intervenciones escolares y comunitarias. En la consulta de AP la actuación se centrará en el consejo preventivo durante las visitas de salud o en otras ocasiones propicias, tales como la asistencia a niños accidentados.

### Formulación de las preguntas

Las preguntas se han formulado basándose en el marco analítico que se muestra en la figura 3, analizando las siguientes intervenciones:

- Uso de sistemas de retención infantil.
- Uso de casco en bicicletas y ciclomotores.
- Educación peatonal.
- Medidas preventivas en el adolescente y el niño como conductor.
- Medidas preventivas en los niños pasajeros de motocicletas.
- Medidas preventivas en el transporte escolar.
  1. El cambio de comportamiento (sistemas de retención, cascos...) ¿disminuye la frecuencia o la gravedad de las lesiones?
  2. El consejo sobre medidas de prevención de accidentes en la consulta de AP ¿aumenta la implementación de

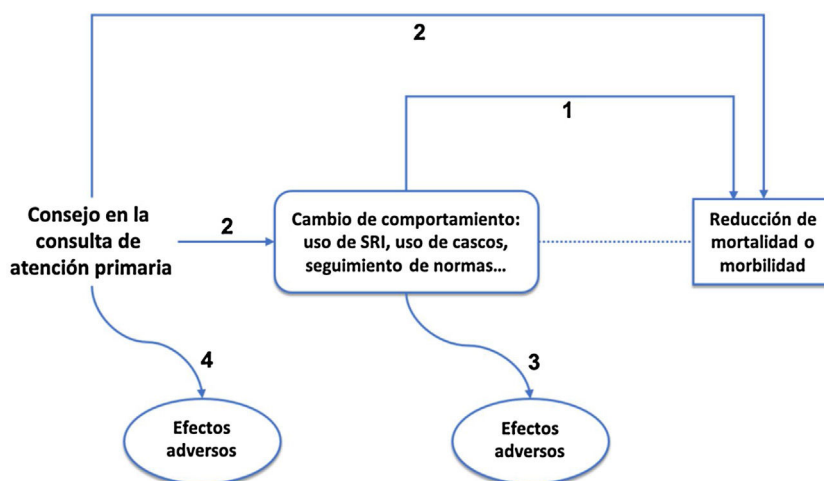


Figura 3 Marco analítico. Prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico.

Fuente: Adaptado con autorización del USPSTF.

las medidas propuestas o disminuye la frecuencia y la gravedad de las lesiones por accidentes de tráfico?

3. ¿Se han descrito efectos adversos del consejo sobre prevención de accidentes?
4. El cambio de comportamiento derivado del consejo ¿produce efectos adversos?
5. ¿Qué medidas, fuera del ámbito de la AP, aumentan el uso de sistemas de retención infantil o de cascos en bicicletas o ciclomotores?

### Valoración de la evidencia

El objetivo de PrevInfad es hacer recomendaciones sobre actividades preventivas en AP cuya eficacia esté demostrada. En las actividades de consejo es necesario conocer tanto la eficacia de la intervención como la efectividad del consejo. Los ensayos clínicos con intervenciones de consejo breve en la consulta son muy escasos o inexistentes para muchas preguntas clínicas, como ocurre en el consejo sobre prevención de lesiones, y en caso de haberlos, el riesgo de sesgo es muy alto por distintos factores, como las dificultades obvias en el cegamiento de la intervención, el corto seguimiento a que habitualmente se somete a los participantes o los factores de confusión que aparecen en un entorno en donde los pacientes se comunican entre sí, contaminando los grupos. La mayor parte de estudios de intervención en forma de consejo son estudios antes-después en los que se valoran resultados intermedios: conocimientos adquiridos, actitudes, incluso habilidades adquiridas, pero casi ningún estudio valora accidentes o lesiones<sup>16-18</sup>.

Estas limitaciones explican las dudas a la hora de emitir conclusiones y de asignar un grado de recomendación en prevención de lesiones por accidente de tráfico, extensibles a lo que ocurre también en la prevención de lesiones domésticas o de ocio. Pero dado que la falta de evidencia no es evidencia de ineficacia y que el fin a conseguir es importante, el balance beneficio-riesgo de las intervenciones, como el uso de casco por los ciclistas, induce a recomendar que se realice el consejo.

### Recomendaciones PrevInfad

El descenso progresivo en las cifras de siniestralidad vial en España en los últimos años se debe al resultado de un conjunto de medidas legislativas, campañas de ámbito comunitario, mejor atención sanitaria urgente y concienciación de la población.

Hay poca bibliografía publicada sobre la eficacia del consejo del profesional en la consulta de AP para la prevención de las lesiones por accidentes de tráfico en niños y adolescentes.

No obstante, dada la importancia del efecto a conseguir, la eficacia de los sistemas de retención infantil (SRI) y del uso del casco (fig. 4), así como la todavía altísima cifra de morbilidad que ocasionan los accidentes de tráfico en niños y adolescentes, PrevInfad hace las pertinentes recomendaciones (tabla 6).

### Cribado de depresión mayor

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, nivel cultural o económico y suponen un gran coste para el individuo, la familia, la comunidad y el sistema sanitario.

Cuando aparecen durante la infancia y la adolescencia tienden a adoptar un curso crónico, con recurrencias y un riesgo de 2 a 4 veces mayor de padecer depresión durante la edad adulta. La depresión tiene un gran impacto negativo sobre el desarrollo personal de los niños, su rendimiento escolar y el establecimiento de relaciones sociales. Se asocia con la aparición de conductas de riesgo, aumento de la agresividad y de la violencia, conductas delictivas, trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos psiquiátricos<sup>19</sup>. Además, la depresión mayor (DM) es el principal factor de riesgo de suicidio entre adolescentes<sup>20</sup>, que a su vez es, según la OMS, la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

Las tasas informadas de DM en niños y adolescentes son muy variables, dependiendo fundamentalmente de la procedencia de la muestra o de la definición de caso.



**Figura 4** Grupos de sistemas de retención infantil (SRI) de acuerdo con las normas en vigor, y el peso y talla de los niños para los que se recomiendan.

Fuente: DGT: Guía general del uso de los SRI. Disponible en: [www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/educacion-vial/recursos-didacticos/infancia/2015/Sistemas-de-Retencion-Infantil-DGT.pdf](http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/educacion-vial/recursos-didacticos/infancia/2015/Sistemas-de-Retencion-Infantil-DGT.pdf)

**Tabla 6** Prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico

Recomendación	Grado de recomendación
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se recomienda que el profesional de AP ofrezca consejo sobre el uso de sistemas de retención infantil (SRI) y el uso de casco en bicicletas y ciclomotores, en las visitas de salud y otras ocasiones propicias como la atención en caso de lesión de cualquier gravedad por este motivo</li> </ul>	Recomendación B
<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del consejo breve en la consulta sobre educación vial, seguridad del niño y del adolescente como conductor, del niño como pasajero de motocicleta y sobre transporte escolar</li> </ul>	Posicionamiento I
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las campañas de ámbito comunitario han demostrado eficacia. Se recomienda que el profesional de pediatría, en su actividad comunitaria propia de la AP, participe e impulse las actuaciones de este tipo en su entorno</li> </ul>	Recomendación B

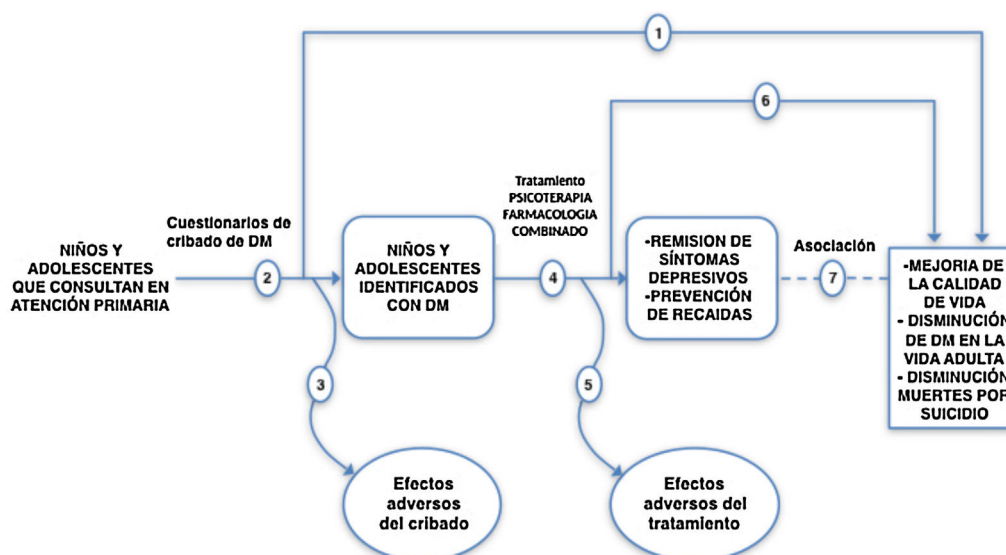
En Estados Unidos, según la encuesta nacional de salud y abuso de drogas de 2015, se detectó entre los adolescentes un aumento de la prevalencia con respecto a la edición previa del año 2011, situándose en el 11,3%<sup>21</sup>. En el año 2012 se publicó un estudio europeo<sup>22</sup> en el que se recogieron datos de 12.395 adolescentes con una edad media de 14,8 años pertenecientes a 7 países. Las tasas de prevalencia oscilaron desde el 7,1% de Hungría hasta el 19,4% de Israel. En España la prevalencia fue del 8,6%.

Por otra parte, cuando valoramos la magnitud de la prevalencia de la depresión se debe tener en cuenta que su

complicación más devastadora es la conducta suicida. El 90% de los suicidios de adolescentes se producen en el marco de cuadros depresivos con factores de riesgo, y el 50% de ellos habían tenido al menos una consulta en un centro sanitario en los últimos 6 meses.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto el infradiagnóstico y el infratratamiento de los episodios depresivos en la infancia y la adolescencia. A pesar de que el 50% de los adolescentes acuden a consulta al menos una vez al año, rara vez el motivo de consulta es claramente un problema emocional, siendo una dificultad añadida la sintomatología





**Figura 5** Marco analítico. Cribado de depresión mayor en niños y adolescentes.  
Fuente: Adaptado con autorización del USPSTF.

menos típica que presentan los niños. Ante estas dificultades diagnósticas y la magnitud y la prevalencia del problema, se plantea la posible utilización de cuestionarios de cribado como herramienta para la detección de depresión mayor en niños y adolescentes.

### Formulación de las preguntas

Véase el marco analítico en la [figura 5](#).

1. Administrar cuestionarios de cribado de depresión mayor a los niños y adolescentes que acuden a consulta en AP ¿mejora los resultados en salud: mejor calidad de vida, menor incidencia de depresión en la edad adulta, menos muertes por suicidio?
2. ¿Son instrumentos precisos los cuestionarios de cribado de depresión usados en niños y adolescentes en AP? El uso de cuestionarios de cribado de depresión en niños y adolescentes ¿aumenta la proporción de niños diagnosticados de DM?
3. ¿Cuáles son los daños potenciales del uso de cuestionarios de cribado de depresión en niños y adolescentes?
4. Las medidas terapéuticas empleadas para la depresión mayor en niños y adolescentes ¿mejoran la sintomatología depresiva?
5. ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento de la depresión en niños y adolescentes?

### Valoración de la evidencia

Se han buscado evidencias que permitan recomendar actividades de cribado de la depresión en la infancia y la adolescencia desde el ámbito de la AP. Se trata de un problema prevalente que tiende a la cronicidad y que aparece como resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Al tratarse de un fenómeno complejo, la mayoría de las actividades de prevención primaria

(reforzamiento de la parentalidad positiva, habilidades en la resolución de conflictos o prevención del acoso escolar) exceden el ámbito sanitario.

No hay estudios que comparen resultados en salud en población cribada respecto a la no cribada, por lo que tendremos que basarnos en resultados intermedios. El cribado poblacional estará justificado si existen herramientas con buen rendimiento diagnóstico, aceptadas por la población diana, y terapias eficaces (tanto más cuanto más precozmente se inicien) con efectos secundarios escasos y bien tolerados.

### Pruebas de cribado

En salud mental, el cribado poblacional se realiza mediante cuestionarios que permiten medir fenómenos que no son directamente observables. Para que un cuestionario pueda ser utilizado como instrumento de cribado debe tener unas adecuadas propiedades psicométricas (validez, sensibilidad, especificidad), ser fácil de responder e interpretar, requerir poco tiempo y ser válido para la población diana. Los resultados positivos deberán ser confirmados mediante entrevistas estructuradas en las que se evalúe el cumplimiento de los criterios diagnósticos.

La mayoría de los estudios que evalúan el rendimiento de los cuestionarios de cribado en depresión infantil son de baja calidad. Entre las deficiencias observadas se incluyen: un intervalo temporal excesivo para la comprobación diagnóstica, la aplicación en población ingresada o la falta de cegamiento de los evaluadores.

Los cuestionarios mejor estudiados son el *Beck Depression Inventory* (BDI) y el *Patient Health Questionnaire Adolescent* (PHAQ). El primero cuenta con una versión específica para niños y adolescentes, pero tiene un inconveniente en cuanto a su aplicabilidad en AP: consta de 20 preguntas y se precisan unos 10 min para su cumplimentación y entre 25 y 50 min para su interpretación.

**Tabla 7** Síntesis de la evidencia

	Cribado (rentabilidad de la prueba)	Tratamiento (eficacia)	Beneficio neto
Niños menores de 12 años	Calidad de la evidencia baja	Calidad de la evidencia baja-moderada: no eficacia de la psicoterapia	Grado de certeza moderado de que el beneficio neto es nulo
Adolescentes mayores de 12 años	Calidad de la evidencia baja, con evidencia de calidad moderada para BDI y PHAQ	Calidad de la evidencia moderada: eficacia de la psicoterapia, de la terapia combinada y de la farmacológica	Grado de certeza moderado de que el beneficio neto es moderado

**Tabla 8** Cribado de depresión mayor en niños y adolescentes

Recomendación	Grado de recomendación
No se recomienda el cribado de la depresión en niños menores de 12 años. Dada la falta de disponibilidad de una herramienta de cribado útil, fácil de aplicar en AP y validada en población adolescente española, en la actualidad no es posible evaluar el balance entre los beneficios y los riesgos del cribado de la depresión en los adolescentes. No obstante, dada la importancia de la depresión mayor como enfermedad crónica con alta carga de morbilidad, riesgo de mortalidad, carga social y personal y con potencial de mejoría con tratamiento, PrevInfad considera que el pediatra de AP debería desarrollar habilidades de comunicación y escucha activa, así como estar entrenado en la detección de síntomas de depresión, en la evaluación de factores de riesgo y de situaciones vitales estresantes y en la exploración de la conducta suicida en caso de sospecha de depresión mayor.	Recomendación D Posicionamiento I

El PHAQ fue diseñado para AP y está validado para población adolescente norteamericana. Consta de nueve preguntas, tiene una versión corta de dos preguntas (aunque con peor rendimiento psicométrico), incluye una pregunta referente al suicidio, y permite cribar y categorizar, pero no está validado en población adolescente española.

No se han encontrado estudios que evalúen daños potenciales asociados al cribado de depresión en niños y adolescentes.

No se han encontrado estudios que evalúen el rendimiento de los cuestionarios de cribado de depresión en niños o adolescentes con dos o más factores de riesgo de depresión mayor.

En resumen, la mayoría de los cuestionarios utilizados como herramientas de cribado poblacional tienen un grado de evidencia bajo. Para el BDI y el PHAQ existe una evidencia moderada de que podrían ser útiles, siendo más aplicable en AP el segundo, aunque no está validado en población adolescente española<sup>23,24</sup> (véase una síntesis de la evidencia en la [tabla 7](#)).

## Tratamiento

Las tres opciones terapéuticas usadas en la depresión infantil son farmacoterapia, psicoterapia, o una combinación de

ambas. La elección del tratamiento va a depender de la gravedad del episodio, de la edad del paciente, de la presencia o no de comportamiento suicida, de la existencia de comorbilidad psiquiátrica y del grado de afectación funcional.

### Niños menores de 12 años

Los resultados de los estudios que evalúan la eficacia de la psicoterapia en niños son inconsistentes; la mayoría cuentan con tamaños muestrales pequeños y no consiguen demostrar su efectividad.

En cuanto al tratamiento farmacológico, hay estudios que demuestran mejoría de los síntomas con el uso de fluoxetina en niños mayores de 8 años con depresión mayor, mientras que en niños más pequeños no hay evidencia de la eficacia de los fármacos antidepresivos.

### Adolescentes mayores de 12 años

Se dispone de estudios que avalan la eficacia de la psicoterapia<sup>25</sup>, concretamente la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, en el tratamiento de la depresión en el adolescente, ya sea sola o combinada con tratamiento farmacológico en función del grado de afectación.

Estudios bien diseñados concluyen que el fármaco de elección en niños mayores de 8 años y adolescentes es la fluoxetina, tanto para el tratamiento del episodio agudo como para la prevención de recaídas (tratamiento de mantenimiento)<sup>26</sup>.

La terapia combinada (con psicoterapia y fluoxetina) obtuvo en el estudio TADS una tasa de remisión del 37%, mayor que con psicoterapia o con fluoxetina por separado, en casos de depresión mayor moderada o severa. Hay estudios, aunque con menor calidad metodológica y tamaños muestrales menores, que avalan otras alternativas farmacológicas cuando fracasa el uso de la fluoxetina.

En relación con los efectos adversos del tratamiento, no hay estudios que evalúen los efectos secundarios de la psicoterapia aplicada en el tratamiento de la depresión en la infancia y la adolescencia. Parece demostrado que la toma de antidepresivos incrementa el riesgo de ideación suicida, sobre todo durante las dos primeras semanas de tratamiento. No se encontraron ensayos clínicos diseñados para el análisis de dicho efecto, aunque diversos estudios poblacionales parecen mostrar que el beneficio es mayor que el riesgo.

En resumen (tabla 7), en el tratamiento de la depresión en niños no hay evidencias que soporten el uso de la psicoterapia, y hay un grado de evidencia moderado de eficacia de la fluoxetina en mayores de 8 años. En adolescentes, hay evidencia de que tanto la psicoterapia como la fluoxetina son eficaces, tanto como terapia del episodio agudo como de tratamiento de mantenimiento, aun cuando las tasas de respondedores no son elevadas.

## Recomendaciones PrevInfad

En la tabla 8 se recogen las recomendaciones en relación con el cribado de depresión mayor en niños y adolescentes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. 2003, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf;jsessionid=7B28083135D30274843466ABF9E4526E?sequence=1>.
- Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, Perdue LA, Whitlock EP. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: An Updated Systematic Review for the US Preventive Services Task Force: Evidence Synthesis No. 143. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. AHRQ publication 15-05218-EF-1.
- Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW Jr, García FAR, et al., US Preventive Services Task Force. Primary care interventions to support breastfeeding recommendation statement. *JAMA*. 2016;316:1688–93.
- Feldman-Winter L. Evidence-based support breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60:169–87.
- Meek JY, Hatcher AJ. Breastfeeding friendly pediatric office practice. *Pediatrics*. 2017;139:e2017064.
- IHAN. ¿Cómo ser centro de salud IHAN? [consultado 9 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-centro-de-salud-ihan/>.
- WHO. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. La actividad física en los jóvenes. 2017. Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_young\\_people/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Madrid: Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa; 2015.
- Martin A, Saunders DH, Shenkin SD, Sproule J. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;CD009728.
- Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7:40.
- Metcalfe B, Henley W, Wilkin T. Effectiveness of intervention on physical activity of children: Systematic review and meta-analysis of controlled trials with objectively measured outcomes (EarlyBird 54). *BMJ*. 2012;345:e5888.
- Stacey FG, Finch M, Wolfenden L, Grady A, Jessop K, Wedesweiler T, et al. Evidence of the potential effectiveness of centre-based childcare policies and practices on child diet and physical activity: Consolidating evidence from systematic reviews of intervention trials and observational studies. *Curr Nutr Rep*. 2017;6:228–46.
- Ortega-Sanchez R, Jimenez-Mena C, Cordoba-García R, Muñoz-Lopez J, García-Machado ML, Vilaseca-Canals J. The effect of office-based physician's advice on adolescent exercise behavior. *Prev Med (Baltim)*. 2004;38:219–26.
- DGT. Las principales cifras de la siniestralidad vial. 2017. Disponible en: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/Las-principales-cifras-2017-Internet.pdf>.
- The WHO Regional Office for Europe. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. 2006. Disponible en: [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98762/E88037.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf).
- Motor vehicle occupant restraints: counselling. En: U.S. Preventive Services Task Force. Disponible en: [www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/ReferredTopic/243](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/ReferredTopic/243).
- Centers for Disease Control and Prevention. Motor Vehicle Injury Prevention. En: The Community Guide. Disponible en: [www.thecommunityguide.org/topic/motor-vehicle-injury](http://www.thecommunityguide.org/topic/motor-vehicle-injury).
- Theurer WM, Bhavsar AK. Prevention of unintentional childhood injury. *Am Fam Physician*. 2013;87:502–9.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia. Actualización. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018.
- Holland KM, Vivolo-Kantor AM, Logan JE, Leemis RW. Antecedents of suicide among youth aged 11-15: A multistate mixed methods analysis. *J Youth Adolesc*. 2017;46:1598–610.
- Mojtabai R, Olfson M, Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*. 2016;138:e20161878.
- Balazs J, Miklósi M, Keresztény A, Apter A, Bobes J, Brunner R, et al. P-259 — Prevalence of adolescent depression in Europe. *Eur Psychiatry*. 2012;27 Suppl 1:1.
- Lewandowski RE, Aciri MC, Hoagwood KE, Olfson M, Clarke G, Gardner W, et al. Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics*. 2013;132:e996–1000.

24. Lewandowski E, O'Connor B, Bertagnolli A, Tinoco A, Beck A, Gardner W, et al. Screening and diagnosis of depression in adolescents in a large HMO. *Psychiatr Serv.* 2016;67:636–41.
25. Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P, Qin B, Barth J, Whittington CJ, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry.* 2015;14:207–22.
26. Cipriani A, Zhou X, del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: A network meta-analysis. *Lancet.* 2016;388:881–90.